



Firmo la presente solicitud de reembolso, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

PACIENTE: Si es menor de edad firma el titular FIRMA TITULAR

C.I.: _____

C.I. _____

5. Documentos obligatorios para el reembolso (revisar si cumple con la documentación)

ATENCIÓN AMBULATORIA (Consultas / exámenes de diagnóstico)

- Formulario de solicitud de reembolso de atención médica.
- Factura original de consulta, clínica, laboratorio, farmacia, imágenes, estudios de patología, etc.
- Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados que tengan relación con la solicitud de reembolso presentada.

EMERGENCIA

- Todo lo indicado en Atención Ambulatoria.
- Hoja de emergencia completa en el formato 008 emitido por el Ministerio de Salud Pública (copia).
- Parte policial en caso de accidente por violencia.
- Liquidación de SPPAT en caso de accidente de tránsito.
- Factura original de la clínica u hospital con su respectivo desglose.
- En caso de hospitalización, copia de la historia clínica completa (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja anestesia).
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención de emergencia.

HOSPITALIZACIÓN

- Original de la factura de la clínica u hospital.
- Desglose, detalle de la factura o estado de cuenta.
- Facturas originales de honorarios médicos.
- Copia de la historia clínica completa (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja de anestesia).
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención hospitalaria.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

- Liquidación original de los gastos presentados al otro seguro.
- Copia de la historia clínica y de las facturas presentadas al otro plan de cobertura médica.
- Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
- Resultados e informes de exámenes realizados.

NOTA:

- En casos especiales el auditor médico podrá solicitar otros resultados o exámenes pertinentes.
- Las facturas deben ingresar cumpliendo las normas del SRI, en caso de no ser así serán devueltas